CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES DE L'OVAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Mai 1908

PAR

Mme FÉRAUD-BAYLON

Née à Nice, le 28 novembre 1879

LICENCIÉE ÈS-SCIENCES

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
SARDA . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .	RAUZIER.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. de ROUVILLE, PUECH
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire*.

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE (✻), *président*.	MM. JEANBRAU, *agrégé*.
ESTOR, *professeur*.	RICHE, *agrégé*.

A MON PÈRE

En témoignage de tendresse profonde.

A TOUS CEUX QUE J'AIME

FÉRAUD-BAYLON.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

Faible hommage de gratitude et de respectueuse admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TRUC

CHIRURGIEN DES HOPITAUX, CHEF DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE
A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

L'expression de ma reconnaissance très vive.

A MON MAITRE LE DOCTEUR DASPRES

CHIRURGIEN EN CHEF DES HOPITAUX CIVILS DE TOULON

En affectueux dévouement.

FÉRAUD-BAYLON.

Il est d'usage à cette place de remercier ceux qui nous ont témoigné, au cours de nos études, intérêt ou sympathie ; de se mettre en quelque sorte sous leur protection avant de se lancer dans la vie.

Si la coutume est vieille et partant bonne, et charmante la tâche est délicate.

Aussi, à tous ceux — ils sont nombreux — qui nous ont appris ce que nous savons de bon et d'utile, qui ont suivi avec intérêt nos efforts, qui nous ont éclairée de leurs conseils, aidée de leur savoir et de leur expérience, encouragée et soutenue de leur affection, à tous nous disons bien sincèrement merci, sans nommer personne de peur d'oublier quelqu'un. Ceux à qui va notre reconnaissance vive et durable sauront bien se reconnaître ici.

INTRODUCTION

Interne du service de chirurgie des femmes à l'Hôtel-Dieu de Toulon, nous avons eu l'occasion de voir opérer deux cas de hernies inguinales de l'ovaire ; chaque fois avec le diagnostic, posé d'ailleurs par des chirurgiens de valeur, de hernie épiploïque étranglée.

Cette erreur nous frappa et nous conduisit à faire des recherches sur ce sujet. Sans doute, il a été traité déjà et par des maîtres éminents, aussi n'avons-nous pas la prétention d'éclairer la question d'un jour nouveau ; nous avons voulu seulement, par l'exposé d'observations inédites, dont certains points nous ont paru intéressants, apporter notre faible part de contribution à cette étude.

Ce travail comprendra :

L'étiologie des hernies de l'ovaire ;

L'anatomie pathologique ;

Les symptômes et le diagnostic ;

Le pronostic et les complications ;

Le traitement ;

Les observations ;

Les conclusions.

L'historique de la question ayant été très soigneusement relaté dans des thèses récentes (1), nous n'avons pas cru devoir nous y arrêter.

---

(1) Garrigues, 1903 ; — Sibian, 1904 (thèse de Paris).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES DE L'OVAIRE

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Les voies sont nombreuses par où l'ovaire peut faire hernie; il peut emprunter tous les orifices par lesquels se produisent les hernies ordinaires : canal inguinal, canal crural, ombilic, échancrure ischiatique, trou ovale, etc.

Les hernies de l'ovaire sont congénitales ou acquises, uni ou bilatérales. La hernie inguinale est la plus fréquente et seule paraîtrait congénitale, due à la persistance d'une disposition embryogénique : la non-oblitération du canal de Nück.

Puech, expliquant la pathogénie de la hernie des ovaires, admet que leur descente exagérée a de nombreuses analogies avec la migration du testicule; les fibres musculaires lisses qui forment le ligament rond agissent à la façon du *gubernaculum testis* et entraînent à leur suite l'ovaire, la trompe, parfois même l'utérus.

La comparaison n'est pas complètement admissible. En effet, le ligament rond se forme aux dépens du canal de Wolff, qui va du pôle inférieur de l'ovaire à la région inguinale. Il croise le canal de Müller et se soude à lui. La partie du ligament inguinal située au-dessus de ce point de contact deviendra le ligament utéro-ovarien ; la partie située au dessous formera le ligament rond antérieur de l'utérus.

A mesure que l'utérus se développe, le ligament rond n'est plus dans le prolongement du ligament utéro-ovarien, mais il s'insère sur la corne utérine, de sorte qu'une traction exercée sur lui se transmet non à l'ovaire, mais à l'utérus.

La luxation de l'ovaire, si elle se produisait alors, ne pourrait être que consécutive à la hernie de l'utérus, à moins d'admettre des phénomènes pathologiques, malformation, arrêt de développement de l'utérus, absence d'utérus, qui d'ailleurs coexistent souvent avec les luxations des annexes.

Si le rôle du ligament rond a été discuté, la persistance du canal de Nück est admise par la plupart des auteurs (Cloquet, Sapey, Puech) ; un point sur lequel ils ne sont pas d'accord est la date de son oblitération ; en général, elle se produit vers le huitième mois de la vie intra-utérine.

Féré, Sacks, ont trouvé ce diverticule perméable chez un grand nombre de nouveau-nés.

Zuckerkandl, sur des enfants de un à douze ans, l'a rencontré avec une proportion de 21 0/0.

Cloquet, Cruveilhier ont constaté sa persistance même chez des personnes âgées.

Voilà bien des conditions suffisantes si l'on considère que l'ovaire est un organe très mobile, dont les ligaments

peuvent être encore relâchés sous certaines influences, prêt à obéir à la moindre force qui l'entraînera hors de son siège normal.

Certaines hernies prétendues acquises, qui surviennent à un âge assez avancé, 45 à 60 ans, pourraient être dites congénitales, se produisant accidentellement après un effort ou un traumatisme, dans un trajet tout préparé.

Broca, ayant eu l'occasion d'intervenir chez une fillette de 4 ans portant une hernie inguinale des ovaires, dit que ces hernies sont presque toujours congénitales, et cela, ajoute-t-il, explique leur plus grande fréquence à droite, le canal de Nück, comme le canal péritonéo-vaginal chez l'homme, ayant tendance à rester béant plus souvent à droite qu'à gauche

D'autres auteurs, au contraire, considèrent la hernie inguinale plus fréquente à gauche à cause du moindre volume de l'ovaire gauche, et de sa descente plus précoce et plus prononcée que celle de l'ovaire droit.

Les statistiques ne semblent pas prouver que la luxation ovarienne se produise plutôt à droite qu'à gauche.

Tous les auteurs considèrent comme une cause prédisposante de haute valeur : la persistance du canal de Nück.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La hernie inguinale — sans doute parce que congénitale — est de beaucoup la plus commune.

Viennent ensuite par ordre de fréquence :

La hernie crurale, plus rare et presque toujours traumatique.

La hernie obturatrice.

La hernie ischiatique, rare (trois cas, Haller, Camper, Chénieux).

La hernie ombilicale, rencontrée une seule fois par Camper.

Le *sac*, peut-être partiellement absent, comme dans les hernies d'autres organes ; il peut être complet. Il est souvent épaissi ; parfois il présente des brides qui enserrent l'ovaire ; le ligament rond est quelquefois accolé au sac.

Le collet ne présente rien de particulier.

Contenu. — L'ovaire est souvent accompagné de la trompe, normale ou atrophiée ; cela se conçoit, étant donnés les rapports anatomiques étroits de ces deux organes.

Puech admet qu'on trouve toujours l'ovaire et la trompe dans les hernies congénitales.

Nélaton est d'avis que l'ovaire précède la trompe.

Cruveilhier émet l'hypothèse contraire : « la hernie de l'ovaire est toujours précédée de la hernie de la trompe ». Oui, dans la plupart des cas, mais la littérature médicale nous offre de nombreuses observations où l'ovaire seul est hernié. Quelquefois l'utérus a suivi les annexes.

L'épiploon peut accompagner l'ovaire; d'autres fois l'intestin grêle ; enfin le sac peut contenir le péritoine adjacent.

Lésions. — L'ovaire peut être sain, au moins au début : on a vu des grossesses même au cas de hernies doubles.

Mais, à la longue, des modifications surviennent, difficiles d'ailleurs à diagnostiquer, en dehors de l'opération.

L'ovaire peut être atrophié ; cette atrophie est souvent congénitale, ou due à un ralentissement de la nutrition, à la compression par suite du port d'un bandage ; il peut être hypertrophié.

La lésion la plus fréquente est la transformation micro-kystique. Il peut n'y avoir qu'un kyste : hydatique (Lallement), dermoïque (Verdier).

Enfin l'ovaire peut être cancéreux, tuberculeux ou présenter des lésions infectieuses.

CHAPITRE III

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

D'après Denenx, on ne peut s'y méprendre, pourtant aucun signe bien spécial ne caractérise la hernie de l'ovaire et le diagnostic n'est pas facile à poser.

Pendant l'enfance les symptômes sont estompés, on peut dire inexistants : on constate seulement la présence de la tumeur, indolore le plus souvent ;. elle peut même rester méconnue jusqu'à 10 ou 12 ans si des phénomènes d'étranglement ne la révèlent pas.

Avec la puberté, la symptomatologie se précise, quelquefois lors du premier flux menstruel, l'ovaire hernié, entrant en fonctions, la tumeur se gonfle, devient douloureuse et sensible. Dans l'intervalle des règles, c'est une tumeur régulière dont le volume varie d'une noix à un œuf. La toux ou les efforts ne l'influencent point. Elle est mate à la percussion ; la palpation, que la douleur provoquée rend parfois pénible, permet de trouver de la fluctuation, des points indurés. Quelquefois on peut même sentir un pédicule reliant la tumeur à la face profonde de la paroi abdominale. Le taxis *peut* la réduire, le plus souvent elle est irréductible.

On a noté la sensibilité *exquise* et particulière, la congestion momentanée que manifeste souvent l'ovaire hernié à la pression: « éréthisme spécial », dit Brünner; « sorte

de priapisme » dit Loumaigne. Quelquefois le gonflement de l'ovaire ectopié se produit pendant le coït (Beigie).

Englisch remarque que la hernie s'accroît progressivement après chaque période menstruelle, revenant rarement au volume qu'elle avait avant l'écoulement menstruel.

Le signe de plus grande valeur, signalé dans presque toutes les observations, c'est la sensibilité exagérée et la turgescence manifeste de l'ovaire pendant la menstruation. Encore faut-il que l'organe prolabé ne soit point atrophique et ait conservé ses propriétés : sa sensibilité normale.

Un moyen d'investigation, indiqué par Barnes, est le toucher vaginal. Le doigt, introduit dans le vagin, constate un col élevé et dévié en sens opposé à celui de la hernie ; en outre, si l'on fait basculer l'utérus par l'intermédiaire du col, l'autre main, placée sur la tumeur, perçoit les mouvements transmis, et réciproquement.

Hugier, Loumaigne (thèse de Paris) ont insisté sur l'hystérométrie comme moyen de diagnostic ; ce procédé montre en effet l'obliquité de l'utérus et son inclinaison du côté de la hernie.

La confusion est facile lorsqu'il s'agit de distinguer l'ovarioncie et l'épiplocèle.

L'épiplocèle, en effet, a presque la même consistance ; c'est une tumeur ovoïde, assez dure, mate à la percussion, qui se réduit sans bruit et peut s'étrangler sans symptômes d'occlusion intestinale.

Avec l'entérocèle et l'adénite l'erreur est moins fréquente ; la hernie intestinale est molle, non douloureuse au toucher, donnant du tympanisme à la percussion et se réduisant avec gargouillement.

Les ganglions sont plus mobiles, indépendants des

mouvements de l'utérus, ils ne se prolongent point par un pédicule.

Le kyste du canal de Nück donne une tumeur molle translucide et mobile.

Tailhefer, de Béziers, a pris pour une hernie de l'ovaire, chez une enfant de 5 mois, une hernie du rein.

Malgré tous les signes indiqués, que d'ailleurs les altérations fréquentes subies par l'ovaire luxé rendent moins probantes, la hernie de l'ovaire est encore bien souvent une surprise opératoire.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

La congestion, les contusions, les troubles de menstruation sont des complications bénignes. L'étranglement, d'ailleurs fréquent, dû sans doute à la torsion du pédicule ovarien, comparable aux phénomènes que provoque chez l'homme la torsion du canal spermatique, est un accident plus grave.

Il peut survenir à tous les âges, mais surtout chez l'adulte. Quelquefois c'est la manifestation première de la hernie. Il peut coïncider avec une époque menstruelle. Wibaille, dans sa thèse (Paris 1871), cite le cas à propos d'une malade opérée par le professeur Le Dentu. C'est le cas aussi de la jeune fille dont nous relatons plus loin l'observation.

Le tableau clinique est le même que celui de l'étranglement d'une anse intestinale : la face est crispée, anxieuse ; la peau sèche, le ventre ballonné, les vomissements fréquents sont muqueux, mais, MM. le professeur Berger et Lejars ont bien insisté sur ce point : *ils sont rarement fécaloïdes*.

Comme dans l'étranglement intestinal encore, il peut y avoir arrêt complet d'excrétion stercorale et d'émission de gaz. Cet arrêt total, d'ailleurs difficile à expliquer, est très rare (Maisonneuve).

L'étranglement peut s'accompagner de péritonite généralisée (Courty).

Les affections suppurées de l'ovaire hernié sont rares. Les dégénérescences kystiques ont été signalées déjà (Anatomie pathologique).

La tuberculose et le cancer ne se diagnostiquent qu'au cours de l'intervention. On s'est demandé si ces lésions, au lieu d'être consécutives à la hernie, n'en étaient pas cause ? La question est difficile à résoudre.

On s'est demandé aussi quelle pouvait être l'influence de la hernie sur le reste de l'appareil génital. Tout organe en ectopie tendant à dégénérer, l'ovaire comprimé doit être gèné pour accomplir sa fonction périodique ; pourtant la menstruation semble devoir persister même dans les hernies doubles.

Quelques auteurs avaient pensé que cette ectopie prédisposait à l'avortement. Sibian cite un cas de Scanzoni où une hernie inguinale gauche, survenue pendant une grossesse, aurait amené deux avortements successifs, l'un de deux mois, l'autre de cinq mois.

Dans l'une des observations, qui nous est personnelle, la malade, atteinte d'ovarioncie, sans doute congénitale, depuis l'âge de treize ans, accoucha sans accident vers trente ans et ne cessa d'être réglée qu'après l'ablation des deux ovaires.

Barnes admet que la grossesse extra-utérine est fréquente.

Le pronostic est bénin, la guérison après intervention est la terminaison habituelle.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Certains auteurs conseillaient, si la hernie ne cause ni gène, ni douleur, d'en faire la réduction et de la maintenir par un bandage.

Or, il paraît avéré que « les hernies inguinales du sexe féminin guérissent rarement par le fait du bandage ».

D'autre part, puisque des complications dangereuses peuvent survenir, étant donnée surtout l'innocuité de l'opération avec les ressources de la chirurgie moderne, il est préférable de pratiquer la cure radicale.

L'intervention varie suivant le cas.

Boudaille écrit : « L'ovaire dégénéré, kystique ou cancéreux, sera réséqué. L'ovaire sain sera réduit dans l'abdomen. Au cours de la cure radicale, on attirera l'ovaire au dehors pour l'examen *de visu* qui guide le chirurgien pour la conservation ou la résection. »

On pourrait ajouter que l'ovaire attiré au dehors entraînera la trompe : celle-ci, scrupuleusement examinée, comme l'ovaire, ne sera libérée et réduite que si elle est absolument saine.

Si l'ovaire est kystique, cancéreux, tuberculeux ou infecté, on en fera l'ablation. S'il est sain, il importe de le réduire, car il ne faut pas oublier que, bien que déplacé,

l'ovaire conserve son importance et son rôle physiologique.

« Depuis les travaux de Brown-Séquard, dit M. le Professeur Forgue, un mouvement s'accentue d'après lequel il faudrait conserver des ovaires tout ce qu'il n'est pas absolument nécessaire d'enlever.

» *Parce ovario, si possis*. Leur extirpation a pour cause une série d'accidents qui, de vives bouffées de chaleur, pourraient s'élever jusqu'à la folie. »

La conduite à tenir est donc subordonnée à l'état de l'organe luxé.

OBSERVATIONS

Observation Première
(Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le docteur Daspres, chirurgien en chef des hospices civils de Toulon.

Rose D..., 13 ans 1/2. Grande et bien développée pour son âge. N'a jamais été malade. Réglée depuis cinq mois, normalement, sans souffrances.

Dans le courant du mois qui suivit l'instauration des menstrues, elle avait remarqué à l'aine gauche, au niveau de l'anneau inguinal externe, une grosseur du volume d'une noisette, non douloureuse et augmentant de volume à l'époque des règles les mois suivants.

Samedi, 8 septembre 1906. — Augmentation de volume de la tumeur, qui reste indolore. C'est le moment des règles, mais elles ne se produisent pas.

Mardi, 11 septembre 1906. — Vomissements muqueux. Pas de gaz, ni de matières. Le chirurgien appelé pose le diagnostic de hernie étranglée et la malade est dirigée vers l'hôpital pour intervention urgente.

Entre à l'hôpital le 11 septembre, à 8 heures du matin. Est opérée immédiatement. Anesthésie au chloroforme.

La tumeur a le volume d'un œuf de poule, fluctuante par

endroits, dure à la base. Douloureuse ; peau tendue sans altération.

Après incision de la peau, des couches sous-jacentes et d'un sac assez mince, on trouve une tumeur globuleuse, lisse, régulière, rénitente, rouge foncé, irréductible, sans adhérences, du volume d'une grosse amande, qu'on prend au premier abord pour une anse intestinale congestionnée.

Après débridement de l'anneau, une traction légère amène une portion de trompe avec le pavillon un peu tuméfié.

Il s'agit donc d'une hernie de l'ovaire.

En regardant bien, on trouve l'ovaire réduit à un petit corps blanchâtre, placé à la base de la tumeur.

Cette dernière est supposée être un kyste. On l'ouvre et l'incision donne issue à environ 30 grammes de sang, partie à l'état liquide, partie à l'état caillot.

Ablation de l'ovaire et de la poche kystique.

Réduction de la trompe et de son pavillon, jugés pour ce assez sains.

Ligature et excision du sac.

Suture de la peau aux crins de Florence, sans drainage.

Pansement aseptique.

Suites normales. La température ne dépasse pas 37°5.

18 septembre. — On enlève les points de suture. Réunion par première intention.

23 septembre, c'est-à-dire douze jours après l'opération, exeat.

La petite malade, revue un an après, a déclaré n'avoir plus souffert, et se porte parfaitement bien.

Les règles ont reparu quatre mois après l'opération et sont normales.

Il est possible que la menstruation s'établissant dans un

ovaire atrophié, ait produit cette sorte d'hématome, cause des phénomènes douloureux.

Observation II

(Personnelle)

Hernie inguinale bilatérale des ovaires

Clémence Fr., 36 ans ; petite taille, malingre, air souffreteux, arrêtée, pourrait-on dire, dans son développement physique et moral. Enfance délicate. Typhoïde.

Déflorée à 13 ans, vie assez désordonnée depuis.

Déclare avoir toujours souffert du ventre, mais d'une façon très supportable.

A 14 ans, apparition à l'aine gauche d'une petite tumeur réductible, douloureuse à la pression ; en même temps, troubles digestifs, coliques, vomissements muqueux.

Cet état se prolonge pendant trois mois et fait croire la jeune malade enceinte.

Elle est examinée par un médecin qui prescrit le port d'un bandage herniaire ; le conseil n'est pas suivi, la malade « ne supporte » pas le bandage.

A 22 ans, la menstruation s'établit avec peine. Règles très douloureneses, peu abondantes, durant un jour environ, suivies de pertes blanches.

A 30 ans, une grossesse survient, pendant laquelle la hernie disparaît.

Bon accouchement, suites normales. Peu de temps après la petite tumeur reprend sa place à l'aine gauche.

Un an environ après l'accouchement, à la suite d'un effort, apparition à l'aine droite d'une tumeur du volume d'un œuf, douloureuse à la pression, mais réductible.

On oblige la malade à porter un bandage destiné à contenir les deux hernies, ce que, d'ailleurs, elle néglige longtemps, n'étant point surveillée.

La hernie droite, quelques mois après (janvier 1904), devient douloureuse, irréductible, et donne tous les symptômes de l'étranglement intestinal. Il n'y a pas eu cessation de menstrues.

25 janvier. — Opération. Anesthésie à l'éther.

Kélotomie, sac épais, fibreux, contenant un peu de sérosité, un ovaire rouge, enflammé, flanqué sur le côté d'un petit kyste ; attiré, il amène la trompe et son pavillon, épaissis, tuméfiés, œdémateux, recouverts d'un enduit muco-purulent.

Résection de la trompe et de l'ovaire. Traitement du sac et du trajet comme à l'ordinaire, drainage, suppuration abondante. La guérison n'est complète que deux mois après.

La malade continuant à souffrir du ventre, on juge prudent de pratiquer la cure radicale du côté droit, sans attendre que la hernie qu'on suppose également due à l'ovaire donne lieu à des accidents.

Sac fibreux, ovaire scléro-kystique avec quelques adhérences lâches, facilement détruites, l'ovaire est attiré, la trompe ne paraît pas. Ablation. Ligature du sac. Suture Suites normales. Guérison.

Les règles n'ont plus reparu. La malade ne souffre plus, accuse seulement des céphalalgies fréquentes.

Observation III

Inédite. — Due à l'obligeance de M. Fidon, externe des hôpitaux de Lyon

Marguerite D..., ménagère, 38 ans, demeurant à Lyon.

La malade entre à l'Hôtel-Dieu au mois d'octobre 1907, dans le service de M. le docteur Villard, pour se faire opérer d'une hernie.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires : ses parents n'avaient pas de hernie. Personnellement, pas de maladies dans l'enfance. Réglée pour la première fois à l'âge de 13 ans. De 14 à 17 ans, anémie sans gravité.

Mariée à l'âge de 20 ans ; un an plus tard, elle a un premier enfant, puis, sept ans après, un deuxième enfant. Les deux grossesses ont été normales, ainsi que les accouchements. Les règles n'ont jamais été douloureuses.

Il y a deux ans, la malade, qui s'était toujours très bien portée, commence à souffrir de douleurs lombaires, continues, mais sourdes. Elle alla consulter M. le docteur Gouilloud, qui posa le diagnostic de rein flottant et lui fit une néphropexie, et depuis elle ne souffre plus du tout de ce côté.

La hernie pour laquelle elle est actuellement dans le service a commencé à se montrer, dit-elle, il y a six mois. Depuis elle a progressivement augmenté de volume. La malade n'attribue cette lésion à aucune cause. Interrogée au sujet de troubles fonctionnels possibles, elle ne se plaint que de quelques phénomènes douloureux au niveau de sa hernie : les douleurs sont locales, jamais très intenses, remontant un peu le long des aines. Elle a assez souvent des coliques abdominales après les repas ; pas de diarrhée ;

pas de constipation. Jamais de phénomènes d'étranglement. Les règles sont toujours très normales. Pas de pertes blanches.

A l'examen, on constate, dans la région inguinale droite, une petite tuméfaction régulière, arrondie, faisant une saillie peu considérable. La peau qui la recouvre est normale. Pas de circulation veineuse.

Au palper : sensation mollasse et pâteuse. Réductibilité. Pas de gargouillement. Impulsion par la toux ; la tumeur sort par l'anneau inguinal que l'on explore et qui est un peu élargi. Palper douloureux ; matité à la percussion.

Le diagnostic d'épiplocèle inguinale est posé et on décide une intervention.

Anesthésie à l'éther.

Incision des plans superficiels, de l'arcade crurale et des aponévroses. On arrive sur le sac herniaire, on clive sur lui les tissus qui l'entourent, on le dissèque, on l'incise, et on est surpris de trouver à l'intérieur, au lieu de l'épiploon, la trompe droite descendue en anse dans le sac et à la partie supérieure du sac, un peu au-dessous de l'orifice inguinal inférieur, on aperçoit l'ovaire qui, dans les secousses de toux, devait certainement descendre jusqu'au fond du sac.

Réduction de la trompe et de l'ovaire.

Excision du sac, ligature. Reconstitution de la paroi par le procédé de Bassini. Suture des plans superficiels, de la peau avec les agrafes de Michel.

Suites normales, pas de température, pas de douleurs. En huit jours, cicatrisation sans incidents.

Dans ce cas particulier, fort probablement, la trompe a précédé l'ovaire.

CONCLUSIONS

I. — La hernie de l'ovaire peut être inguinale.

C'est la plus fréquente.

Elle peut aussi être crurale, obturatrice, ischiatique ou lombaire.

II. — La hernie inguinale est congénitale.

Elle a pour causes la persistance du canal de Nück et la mobilité de l'ovaire.

Les lésions de l'ovaire luxé sont fréquentes (congestion, inflammation, atrophie, kystes, cancer, tuberculose).

III. — Les symptômes sont peu probants :

La douleur, la turgescence lors des règles, la déviation utérine du côté hernié, que révèleront le toucher vaginal combiné à la palpation bimanuelle, sont les seuls signes précis.

Aussi le diagnostic est rarement posé.

IV. — La hernie pouvant se compliquer d'étranglement, l'intervention chirurgicale est le traitement de choix.

La conduite à tenir varie suivant l'état de l'organe.

S'il est sain, on le réduira. En tout autre cas, on procèdera à l'ablation.

BIBLIOGRAPHIE

VELPEAU. — Dictionnaire de médecine, t. XXX, p. 560. Article « ovaire ».

MAISONNEUVE. — Thèse de professorat (1850).

NÉLATON. — Pathologie externe, t. IV.

LOUMAIGNE. — Thèse de doctorat, Paris (1869). Hernies de l'ovaire.

WIBAILLE. — Thèse de Paris (1874).

BOUDAILLE. — Thèse de Paris (1890). Hernies inguinales congénitales.

OGÉ. — Thèse de Paris (1901). Hernies de l'utérus et annexes.

SIBIAN. — Thèse de Paris (1903). Hernies de la trompe et de l'ovaire.

GARRIGUE. — Thèse de Paris (1904). Hernie des ovaires.

BONEFROY. — Thèse de Lyon.

DUPLAY et RECLUS. — Article « Hernies ».

LE DENTU et DELBET.

PUECH. — Annales de gynécologie (1878), p. 231.

LEJARS. — Revue de chirurgie (1893).

FORGUE et RECLUS. — Thérapeutique chirurgicale.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 9 mai 1908.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université.
MAIRET.

Vu et approuvé
Montpellier, le 9 mai 1908
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !